№ 1 WARSZAWA, STYCZEŃ 1933 ROK V.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— Numer pojedyńczy Zł. 1.—

№ 1. WARSZAWA, STYCZEŃ 1933 ROK V

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. G. FEDOROWSKI (Warszawa).

ZATRUCIE KARBOLEM I JEGO LECZENIE.

Karbol, niesłusznie zwany kwasem karbolowym, należy do grupy fenoli, których jest najprostszym przedstawicielem. Jest to więc jednowartościowy alkohol aromatyczny o wzorze C_6H_5OH, a więc pierścien benzolowy, w którym jeden atom wodoru jest zastąpiony grupą alkoholową OH. Tej grupie alkoholowej zawdzięcza karbol swoje własności bakterjobójcze, zresztą, wbrew ogólnemu mniemaniu, niezbyt intensywne.

Karbol otrzymuje się przy suchej destylacji węgla kamiennego, jest więc to uboczny produkt fabrykacji gazu świetlnego. W swej postaci czystej występuje jako długie krystaliczne igły o białem zabarwieniu z wyraźnie różowym nalotem. Chciwie wchłania wodę. Karbol krystaliczny po wchłonięciu 10% wody przeistacza się w gęstą oleistą ciecz o specyficznym zapachu i różowem zabarwieniu. Jest to t. zw. esencja karbolowa — acidum carbolicum liquefactum. Ostatnia rozpuszcza się w wodzie dość trudno — zaledwie w ilości około 5%, tworząc płyn nawpół przejrzysty, o specyficznym zapachu. Jest to postać karbolu najbardziej pospolita, najczęściej używana do celów dezynfekcyjnych i w tej postaci karbol zazwyczaj dostaje się do rąk naszych pacjentów. Niskoprocentowy roztwór karbolu, bo zaledwie 1% lub 2%, nosi w życiu codziennem nazwę wody karbolowej.

Karbol został odkryty przez *Runge'go* w r. 1834. Zastosowany po raz pierwszy jako środek antyseptyczny w r. 1867 przez *Johna Listera* w Glasgow. Szybko staje się bardzo popularny i jest stosowany w wielu

gałęziach medycyny, bądź jako środek antyseptyczny, bądź nawet leczniczy.

Nowsze badania nie stwierdziły jednak wybitnych własności bakterjobójczych fenolu. *Hoesslin i Miller* twierdzą n. p., że zarodniki wąglika po 15 dniowym przebywaniu w 1% roztworze karbolu posiadają zdolność rozwoju, a prątki Kocha po 24-godzinnem działaniu na nie podobnym roztworem nie tracą nic ze swej żywotności. *Modrakowski* jest zdania, że b. drobne ilości nawet sprzyjają rozwojowi bakterji.

Te własności karbolu, w pierwszym jednak rzędzie jego wybitne działanie trujące spowodowało, że karbol prawie zupełnie wychodzi z użycia. Jednak pomimo licznych wypadków zatrucia, kończących się nierzadko śmiercią pacjentów, karbol nie został ostatecznie wyrugowany z medycyny. Stosują go jeszcze chirurdzy do przypalania martwaków gruźliczych, stosują otjatrzy, jako część składową kropli do ucha, w drobnych ilościach jest dodawany do wielu leków ampułkowanych dla jego własności bakterjobójczych, częściowo zaś znieczulających, jest jeszcze i dziś stosowany jako maść (1 cz. ac. carbol. liq. 2 części camphorae tr.) w leczeniu róży i to podobno z wynikiem lepszym od innych środków. Na pierwszy plan tego leczenia wysuwają jednak działanie znieczulające maści karbolowej.

Wydaje mi się jednak, że karbol tak tragicznemi zgłoskami zapisał się w historji lecznictwa, że należało by go całkowicie z medycyny wyrugować.

Jeszcze przed kilkudziesięciu laty nie było prawie takiego działu lecznictwa, w którym by karbol nie miał zastosowania. A więc używano karbolu do odkażania rąk, narzędzi chirurgicznych, pola operacyjnego, karbolem była przepojona gaza opatrunkowa, karbolu używano do obmywania ran, powierzchni ropiejących, stosowano go przy wszystkich postaciach chorób skórnych i świerzbie, jako część składową maści. Roztwory karbolu stosowano jako lawatywy przy helmintiasie, jako wlewania domaciczne przy nowotworach macicy, i t. d.

Oczywista rzecz, że wyniki takiego leczenia były często opłakane w swoich skutkach.

Zimssen w zbiorowem dziele o otruciach z r. 1880, zebrał 51 wypadków otrucia karbolem, z których 40 było śmiertelnych, 11 zakończyło się wyzdrowieniem. Z tych 51 przypadków otrucia tylko 4 były w zamiarze samobójczym, 29 spowodowała t. zw. nieostrożność, 18 zaś wystąpiło zdecydowanie na skutek tych, czy innych zabiegów lekarskich. Ten sam autor powołuje się ponadto na pracę *Pinkheima i Michaelisa,* którzy widzieli parę wypadków śmiertelnych po lawatywach z karbolu i *Obersta,* który miał wypadek prawie natychmiastowej śmierci po wprowadzeniu karbolu do cavum uteri.

Dziś podobne wypadki należą szczęśliwie do przeszłości, dlategoteż my, spotykamy się naogół tylko z dwiema przyczynami otruć: po pierwsze, otrucia w zamiarze samobójczym, po drugie — przez nieostrożne obchodzenie się z karbolem, który do dnia dzisiejszego rozlegle stosuje się jako środek odkażający. Te ostatnie występują zazwyczaj, jako oparzenia karbolem. Tutaj muszę zaznaczyć, że niewykluczoną jest droga wnikania karbolu do organizmu przez wdychiwanie pary karbolu.

Jakież jest działanie karbolu na organizm ludzki?

Karbol jest płynem żrącym, łatwo rozpuszczalnym w lipoidach, w zetknięciu z tkanką żywą wywołuje ścięcie białka komórkowego. W zetknięciu z błoną śluzową daje biało-szarawy nalot, przy zadziałaniu na skórę tworzy białą matową plamę. Szybko przenika wgłąb; w pierwszych chwilach po zadziałaniu wywołuje uczucie pieczenia i bólu, spowodowane podrażnieniem nerwów czuciowych. Bardzo szybko jednak następuje porażenie tych zakończeń, co daje w efekcie miejscowe znieczulenie. Karbol więc jest typowem anaestheticum do-

lorosum. Dłuższe zadziałanie na powierzchnię skóry daje głęboką, bezbolesną suchą martwicę.

Działanie karbolu nie ogranicza się jednak do działania miejscowego. Wchłania się bardzo szybko bez względu na miejsce zadziałania, a więc i z powierzchni skóry, dostaje się do krwiobiegu i wywołuje objawy ogólne, działając w pierwszym rzędzie na ośrodkowy układ nerwowy. Szybkość wchłaniania, a co za tem idzie — szybkość występowania objawów ogólnych a nawet śmierci jest tak znaczna, że wielu autorów nazywa karbol trucizną piorunującą, wywołującą błyskawiczne otrucia. Najszybciej wchłania się ona z błon śluzowych. *Modrakowski* podaje wypadek śmierci, który nastąpił w 2 minuty po zadziałaniu karbolem na śluzówkę prostnicy (po lawatywie).

Ogólne działanie karbolu objawia się bólem i zawrotami głowy, szybką utratą przytomności, stanem śpiączkowym. Ciepłota ciała spada znacznie, występuje zimny pot, bladość, zwężenie źrenic do ostatnich granic przy braku odruchu. Tętno jest szybkie i bardzo drobne, oddechy coraz szybsze i coraz bardziej powierzchowne. Stan taki prędko przechodzi w śmierć, poprzedzaną okresem wybitnej duszności. Śmierć następuje wskutek porażenia ośrodka oddechowego. Ogólny obraz otrucia przypomina otrucie morfiną.

U zwierząt doświadczalnych, które były otrute karbolem występowały drgawki kloniczne, podobnie jak w otruciu strychniną. Drgawki te są pochodzenia ośrodkowego, gdyż nie występują w uśpieniu ogólnem, jak również nie występowały w kończynie dolnej po uprzedniem przecięciu nerwu kulszowego. U ludzi zresztą objawy drgawkowe przy otruciach karbolem naogół nie występują.

Wypadki lekkiego otrucia karbolem objawiają się bólem głowy, ogólnem osłabieniem, przejściowem zamroczeniem.

Kończą się wyzdrowieniem, często nawet bez specjalnej interwencji lekarskiej. a to dlatego, że jeżeli nie dochodzi do porażenia ośrodka oddechowego, karbol zostaje w wątrobie związany z kwasem glukoronowym, głównie zaś siarkowym i przechodzi do moczu pod postacią nietrujących eterosiarczanów.

Ciężkie przypadki otrucia karbolem w swem dalszem leczeniu podlegają zdaje się jedynie traktowaniu objawowemu, które w większości wypadków nie odnosi skutku, gdyż otrucie większą dawką karbolu zazwyczaj kończy się śmiercią. Zaznaczam, że dawka śmiertelna karbolu jest stosunkowo mała i wynosi według *Hoeslina i Millera* 0,1—0.3 gr. acid. carbol. liquefact. na 1 kg. wagi (u zwierząt doświadczalnych).

Pamiętać musimy, że karbol jest środkiem znieczulającym, a więc przyjęty doustnie poraża błonę śluzową żołądka, przez co znosi możliwość wywołania wymiotów na drodze odruchowej. Pozatem wielką

wagę ma fakt, że karbol z powierzchni skóry i każdej błony śluzowej wchłania się nieraz szybciej, niż przyjęty doustnie, że przedostaje się wtedy do krwiobiegu z pominięciem wątroby, która jak już wspomniałem, przynajmniej do pewnego stopnia obniża jego toksyczność. Z tych względów każde oparzenie karbolem zawsze należy traktować, jako otrucie ogólne.

Karbol, nie wchłonięty, usuwamy z żołądka drogą płukania żołądka. Jako środki do płukania, proponuję przedewszystkiem roztwory siarczanów (sodu lub magnezu), z któremi karbol tworzy nietrujące eterosiarczany, następnie tłuszcze, n. p. oliwę lub olej rącznikowy. w których karbol jest łatwo rozpuszczalny, dalej t. zw. calcaria saccharata (1 cz. calcium hydrooxydatum, 2 cz. cukru, 20 części wody). *Modrakowski* proponuje przepłukiwać żołądek 10% wyskokiem, który z karbolem tworzy związek nietrujący. Związek ten, zwany przez niemców Benzylalkohol ($C_6H_5CH_2OH$.) został w r. 1918 opisany w Ameryce przez *Macht'a,* jako środek do miejscowego znieczulenia (zakrapianie do worka spojówkowego). *Maherly* podaje w otruciach karbolem duże ilości rozcieńczonej nalewki jodowej, lub 10% nalewkę jodową po parę kropli, ale bardzo często. Wydaje mi się, że działanie nalewki jodowej sprowadza się jednak do działania alkoholu.

Podczas płukania żołądka należy pamiętać, że karbol jest płynem żrącym, że szybko daje głęboką martwicę. W dodatku błona śluzowa żołądka i przełyku jest znieczulona, możemy więc z łatwością przy wprowadzaniu zgłębnika uszkodzić ścianę przełyku lub żołądka, nie wywołując nawet bólowego odruchu obronnego ze strony pacjenta z powodu zadawanego mu uszkodzenia.

Poza tem, w postępowaniu leczniczem, nie bez znaczenia jest fakt szybkiego, błyskawicznego niejako działania karbolu. Może się więc zdarzyć, że pozornie dobrze czującemu się pacjentowi wprowadzimy zgłębnik żołądkowy, a w parę chwil potem nastąpi zgon, który otoczenie siłą faktu będzie wiązało z wykonywanym przez lekarza zabiegiem.

Jeśli chodzi o traktowanie oparzeń karbolem, to musimy z konieczności ograniczyć się do zobojętnienia i zmycia resztek karbolu alkoholem i dalszem traktowaniu miejscowem, jak każdego innego oparzenia. Wydaje mi się, że stosowany przez nas w oparzeniach roztwór kwasu taninowego, ścinający i bardzo szybko dający w miejscu działania strup, może, choćby częściowo, zabezpieczyć organizm od przenikania karbolu, umiejscawiając, przynajmniej częściowo już wchłonięty fenol w obrębie samego oparzenia.

W zakończeniu chciałem zwrócić jeszcze uwagę na to, że *Tauber*

wstrzykiwał podskórnie królikom śmiertelne dawki (w ilości 0,55 gr. na 1 kg. wagi), wstrzykując jednocześnie dożylnie roztwór siarczanu sodu i zawsze utrzymywał króliki przy życiu.

Postępowanie lecznicze przy zatruciu karbolem przedstawiałoby się w krótkości następująco:

1. traktować każde otrucie karbolem, czy to doustnie, czy przez oparzenie skóry lub śluzówek, jako otrucie ciężkie i po udzieleniu pomocy przewieźć do szpitala;

2. w wypadkach otrucia doustnego płukać żołądek roztworem siarczanu sodu, zachowując wszelkie ostrożności przy wprowadzaniu zgłębnika i licząc się z możliwością nagłego zgonu;

3. w wypadku oparzenia karbolem po dokładnem obmyciu miejsca oparzonego alkoholem, zrobić opatrunek z taniny.

4. przy wystąpieniu objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego, podawać środki pobudzające ośrodek oddechowy i środki nasercowe.

Pozatem, kto wie, czy nie należałoby, przynajmniej w wypadkach ciężkich, a więc przy dotychczasowem postępowaniu straconych, — stosować za radą *Taubera,* dożylnych wlewań roztworu siarczanów, lub może, dożylnych wlewań alkoholu, które są dzisiaj modne i przez niektórych, zresztą nielicznych, lekarzy już stosowane w zupełnie innych schorzeniach, *(Tursz, A. Landau).*

KLINIKA I LECZENIE CHROMANIA PRZESTANKOWEGO.

Rozpoznanie chromania przestankowego (chr. p.) nie nastręcza zwykle większych trudności i bardzo często daje się ustalić już na podstawie znamiennych objawów podmiotowych. Osobnicy dotknięci tym zespołem objawowym podają, że w czasie chodzenia zostają zmuszeni wielokrotnie do zatrzymania się i odpoczynku naskutek bólów, mrowienia, kurczów i uczucia niedowładu schorzałej kończyny. Z biegiem czasu dolegliwości nasilają się i powodują, że przebywana przez chorego droga staje się krótszą a czas odpoczynku dłuższy. Tego rodzaju wywiad już zgóry wzbudza podejrzenie na możliwość istnienia zaburzeń w zakresie układu tętniczego kończyn dolnych. O rozpoznaniu rozstrzyga stwierdzenie braku tętna w tętnicach dostępnych obmacywaniu (t. grzbietowa stopy i t. piszcz. tylna za kostką wewn.).

Podstawą tych objawów podmiotowych, występujących przy chodzeniu, mogą być zmiany anatomiczne tętnic, rzadziej ich zaburzenia czynnościowe.

Do pierwszej grupy zaliczamy następujące schorzenia tętnic kończyn dolnych:

1° miażdżyca
2° kiła
3° sprawy urazowe
4° tętniaki
5° zatory
6° ostre zapalenie tętnic
7° zap. okołotętnicze guzkowate
8° chor. Bürgera.

Zaburzenia czynnościowe są tu bardzo rzadkie. *Schlesinger* na materjale 450 przypadków zaledwie w 14 przypadkach obserwowanych w ciągu 10—20 lat nie był w stanie wykryć zmian anatomicznych.

Znajomość zespołu chromania przestankowego ma bardzo duże znaczenie praktyczne, gdyż stanowi on sygnał grożącej zgorzeli kończyny. Co do przebiegu klinicznego to doświadczenie kliniczne poucza, że daje się tu spostrzegać dwie kategorje odmienne pod względem rokowniczym, a mianowicie postaci dobrotliwe i grupę złośliwych przypadków, które mimo leczenia w ciągu kilku tygodni lub miesięcy doprowadzają nieuchronnie do zgorzeli kończyny.

W powstaniu tego zespołu objawowego główną rolę przypisuje się nieprawidłowemu zachowaniu się nerwów naczynio-ruchowych. W zwykłych warunkach, jak wiadomo, istnieje pewien stan równowagi między nerwami zwężającymi a rozszerzającymi naczynia. Z chwilą większego zapotrzebowania krwi tętniczej np. przy pracy mięśniowej pod wpływem bodźca cieplnego i t. p. następuje na drodze odruchu rozszerzenie tętnic. Z drugiej strony wysokie ułożenie kończyny lub zimno doprowadza do odwrotnych zjawisk. Z chwilą ustania działania bodźca następuje znowu stan równowagi, ogromnie sprawnej i szybkiej. W chromaniu przestankowym sprawa przedstawia się inaczej. Pierwszy *Erb*

zwrócił uwagę na istnienie w tem cierpieniu t. zw. odwrócenia — inwersji odruchów, polegające na kurczowem działaniu tych bodźców, które w warunkach prawidłowych powodują rozszerzenie tętnic. Z drugiej strony przyjmuje się spaczenie odruchów — dysreflexia, pojęcie wprowadzone przez *Schlesingera*. Po krótkiem zadziałaniu bodźca, który doprowadził do zwężenia naczynia, stan kurczowy tętnicy utrzymuje się godzinami lub dniami i doprowadza do zaburzeń krążeniowych, a nawet zgorzeli.

Należy podkreślić ważną okoliczność, że schorzenie tętnic nie jest wystarczającym powodem do powstania chromania przestankowego (*Erb*). Musi istnieć jeszcze czynnik dodatkowy „Reizfaktor". Tym momentem jest najczęściej przewlekłe zatrucie *nikotyną*. W 450 przypadkach *Schlesingera* znajdowało się 416 mężczyzn z tych 274 namiętnych palaczy a tylko 15 nie paliło wcale. Osobnicy z chr. p. odznaczają się jeszcze wybitną wrażliwością na nieznaczne dawki nikotyny. Poza tą ostatnią, rolę przyczynową przypisuje się chorobom zakaźnym, urazom, i t. p.

Rokowanie chr. p. jest zawsze poważne. W wielu wypadkach udaje się niedopuścić do zgorzeli lub jej wystąpienie odwlec względnie umiejscowić. Nawet istniejąca zgorzel zwłaszcza sucha i nieznaczna może poddać się skutecznie leczeniu zachowawczemu. Z chwilą jednak dodatkowego wystąpienia zakrzepowego zapalenia żył, naczyń chłonnych, ropowicy, dreszczy i gorączki powstają bezwzględne wskazania do zabiegu operacyjnego.

Wdzięczne zadanie przypada zapobieganiu, które polega na bardzo skrupulatnej pielęgnacji nóg. Wskazane tu są letnie kąpiele nóg, które należy następnie dokładnie obsuszyć i natłuścić zwłaszcza między palcami. Nieodpowiednie obuwie, skaleczenia przy pedicure może spowodować wystąpienie zgorzeli.

Leczenie. Schlesinger poleca Natr. nitrosum w zastrzykach podskórnych lub dożylnych w ciągu 30—60 dni. Rozszerzająco na naczynia działa nitrogliceryna i erytroltetranitrit. Do leczenia przewlekłego nadają się przetwory teobrominy. Znacznie słabiej działa 25% alkoholowy roztwór Benzylum benzoicum (3×30 kropli), jodek sodu w dawkach minimalnych (2—3 mg pro die).

Wprowadzony przez *Schlesingera* Menformon preparat jajnikowy działa silnie rozszerzająco na naczynia. Pomyślne wyniki tym lekiem otrzymywał również *Snapper*. Pomyślne wyniki dają wstrzykiwania dożylne stężonych roztworów cukru gronowego i chlorku sodu.

Zapatrywania na skuteczność lakarnolu i padutiny są sprzeczne. Z leczenia fizykalnego pewne wyniki daje napromienieowanie Rentgenem albo sposobem *Marburg Sgalitzera* (wzdłuż przebiegu tętnic) albo

Boraka, który poleca naświetlanie dolnych kręgów. Naświetlanie promieniami X i operacje nadnerczy nie dają żadnych rezultatów.

Z chirurgicznych sposobów leczenia, wiele entuzjazmu wywołała w swoim czasie sympatektomja *Leriche'a,* jednak przekonano się wkrótce, że wyniki są nieszczególne, co znajduje swe wytłumaczenie w odcinkowem unerwieniu tętnicy udowej.

Inne zabiegi chirurgiczne jak sympatektomja paravertebralis oraz operacja *Wielinga* (wszczepienie tętnicy do żyły udowej) zostały obecnie prawie zupełnie zarzucone.

J. M.

Dr. STEFAN KŁYKO, Ordynator szpitala prywatnego Im. Doria-Dernałowicza w Wyrozębach.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA GRUŹLICY CHIRURGICZNEJ PHOSPHACIDEM.

W najrozmaitszy sposób stara się wpłynąć medycyna na gojenie się gruźlicy w organiźmie ludzkim.

Przedewszystkiem dąży się do ogólnego wzmocnienia chorego ustroju, do podniesienia jego obronnych sił odziedziczonych i nabytych w walce z zakażeniem gruźliczem, by za pomocą odpowiednich środków osiągnąć zwycięstwo.

Jak wykazały prace w tej dziedzinie, fosfór mineralny i wapń jest niezbędny dla organizmu wogóle, a zwłaszcza gruźliczego. Takim preparatem okazał się Phosphacid, który zawiera niedotlenki fosforowe w połączeniu z wapniem i fosfór mineralny w stanie koloidalnym. Po-

zwolę sobie przytoczyć niniejszy wypadek leczony przeze mnie Phosphacidem.

Rolnik, lat 45 zgłasza się do mnie ze skargami na ciągłe bóle głowy, a szczególnie nad okiem lewem. Bóle te zwiększają się podczas pracy w pozycji pochylonej. Osobnik dobrze zbudowany bez zmian w organach wewnętrznych. Już na pierwszy rzut oka spostrzega się guz wielkości małej śliwki w kącie lewego oka, po stronie przynosowej. Skóra na guzie jest bez zmian, guz miękkawy, mało bolesny. Choroba ta trwa 9 lat; według opowiadania chorego guz ten rozwijał się powoli w przeciągu 5 lat, a od 4-ch zatrzymał się w swym rozwoju i już nie postępował. Z początku nie leczył się wcale, później udawał się po radę do różnych felczerów i znachorów, a w końcu pojechał do Warszawy i został przyjęty na jeden z szpitalnych oddziałów chirurgicznych. Tutaj, jak opowiada, badano go, prześwietlano, a nawet pewnego dnia położono na stół w celu zoperowania owego guza, jednak w ostatecznej chwili cofnięto się; wreszcie po bezskutecznem leczeniu kazano mu jechać do domu. Zrozpaczony zaprzestał jakiś czas zupełnie leczenia i w końcu zwrócił się do mnie. Po zbadaniu, zrobiłem punkcję guza i wydobyłem ropę. Rozpoznawszy naturę gruźliczą guza, prawdopodobnie części oczodołowej kości czołowej, rozpocząłem leczenie przez wypuszczanie treści ropnej całkowicie i wstrzykiwanie emulsji jodoformowej; nie widząc żadnej poprawy, po paru tygodniach zacząłem aspirować ropę i wpuszczać Lugol; i ta metoda okazała się bezskuteczną — ropa wciąż na nowo się zbierała dość szybko i obficie, bóle głowy i nad oczodołem lewym nie ustępowały, jedynie na czas krótki po wypuszczeniu ropy, ale w miarę wytwarzania się jej — powracały. Temperatura wahała się w granicach: 36,6°, 37,3°, 37,4°. Wobec tego, że nie było poprawy, postanowiłem guz zoperować. Po przecięciu, oczyszczeniu z ropy rozpocząłem znów poprzednie leczenie Lugolem, jodyną, w przypuszczeniu, że dostateczne ujście dla odpływu ropy ostatecznie sprawę zlikwiduje; do wewnątrz przepisałem tran i wapń; nie widząc wyraźnego polepszenia (oczywiście ropy nieco mniej się wydzielało), postano-

wiłem spróbować na tym chorym działanie Phosphacidu. Rozpocząłem od dawki 0,5 — dwa razy tygodniowo i szybko przeszedłem do 1,0 dwa razy tygodniowo — pozatem zwykłe opatrunki, czasami tampony zakładane z t-ra Jodi i tran; wkrótce jednak z powodu pory letniej tranu już nie mógł używać, tembardziej, że wypił przedtem bardzo dużo. Z początku nie widziałem, żeby Phosphacid miał w szczególny sposób wywierać jakiś wpływ na gojenie się przetoki; wprost przeciwnie zdawało się, że obficiej wytwarza się ropa, gdyż czasami opatrunki były zalane. Po miesiącu stosowania, zauważyłem bardzo nieznaczną tendencję zagajania się, później z powodu mego wyjazdu na odpoczynek, stosowanie Phosphacidu przez mego zastępcę było bardzo nieregularne. Po moim powrocie wznowiłem Phosphacid. Po dalszych 3-ch miesiącach wstrzykiwań Phosphacidu, widoczna już była poprawa w porównaniu z poprzedniemi miesiącami, kiedy to jeszcze widziałem duże wahania w zbieraniu się ropy. Nieprzerwanie kontynuowałem rozpoczęte wstrzykiwania. Z każdym tygodniem stan się poprawiał tak, że po upływie dziesięciu miesięcy od początku leczenia przetoka zagoiła się zupełnie, ani guza, ani przetoki, z której bez przerwy sączyła się ropa, nie było i pozostała tylko blizna.

Dolegliwości dawne, związane z tą sprawą zniknęły, chory powrócił znów do pracy na roli; obecnie mija już rok po wyleczeniu, dawny chory czuje się zdrów, szczęśliwy i zapomniał o swem długotrwałem cierpieniu. Oczywiście z jednego wypadku nie można wyciągać daleko idących wniosków, jednak przypadek ten, przedstawiony przeze mnie, dowodzi świetnego działania Phosphacidu.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

H. KOEBNER. *Spostrzeżenia dotyczące ziarnicy złośliwej.* Med. Kl. 1932, Nr. 51).

Autor podaje spostrzeżenia, dotyczące 40 przypadków choroby Hodgkin'a, obserwowanych w ciągu ostatnich 10 lat. Większość przypadków wykazywała typowy obraz schorzenia z licznemi skupieniami powiększonych gruczołów chłonnych, macalną śledzioną i wzniesieniami ciepłoty. Niektóre przypadki tem były charakterystyczne, że chorzy uskarżali się tylko na uczucie znużenia i byli leczeni przez dłuższy czas z powodu rzekomej niedokrwistości, dopóki prześwietlenie kl. piersiowej nie wykazało śródpiersiowej lokalizacji ziarnicy. Badania krwi wykazały w ¼ wszystkich przypadków zmniejszenie liczby białych ciałek wogóle — leukopenję oraz limfopenję.

W ½ przypadków stwierdzono normalne lub nieznacznie zwiększone liczby białych ciałek, wreszcie w 25% przypadków znajdywano wysokie wartości białych ciałek w granicach 25—30 tys. w $mm.^3$ bardzo często stwierdzano niedokrwistość wtórną, miernie zaznaczoną we wczesnych okresach, w stadjum końcowem schorzenia hemoglobina spadła do 20—30%.

Jakościowy obraz białych ciałek nie był nigdy jednolity; w niektórych przypadkach procentowy skład poszczególnych postaci białych ciałek nie odbiegał od normy, w innych natomiast stwierdzano znaczną limfocytozę, bądź leukocytozę z przesunięciem w lewo i limfopenję. Autor spostrzegał przypadki z normalną liczbą białych ciałek i limfocytozę 80—85%, bądź też przy zwiększonej ilości białych ciałek procent limfocytów wahał się od 8—12%. Opisywane często zwiększenie ilości ciałek kwasochłonnych udało się wykazać w nieznacznej ilości przypadków, najczęściej w ziarnicy z lokalizacją w obrębie brzucha. Godnem uwagi jest często stwierdzane wahanie w ilości białych ciałek oraz poszczególnych ich postaci. Dotyczyło to również przypadków nienaświetlanych promieniami Roentgena. W stanach gorączkowych

niewyraźnego pochodzenia, ulegająca częstym wahaniom ilość ciałek kwasochłonnych stanowiła dość ważny objaw, nasuwający przypuszczenie ziarnicy złośliwej. Wzniesienia ciepłoty również nie wykazywały cech charakterystycznych. Autor spostrzegał przypadki z wielotygodniowym przebiegiem bezgorączkowym, w których od czasu do czasu występowały wzniesienia podgorączkowe.

Inne przypadki przebiegały ze stałymi stanami podgorączkowymi, inne wreszcie wykazywały typową krzywą Ebstein'a. Przypadki ostro przebiegającej ziarnicy, zbliżone klinicznie do obrazu stanów septycznych, wykazują dość znaczne wzniesienia ciepłoty bądź w postaci ciepłoty zwalniającej, bądź też o cechach continua. Stałego jakiegoś stosunku między obrazem krwi a krzywą ciepłoty nie udało się ustalić. W przypadkach o przebiegu przewlekłym większe wzniesienia ciepłoty towarzyszyły zajęciu przez sprawę chorobową nowych gruczołów. Leczenie polegało na napromieniowaniu zajętych gruczołów oraz domięśniowem stosowaniu Natrium arsenicosum w dawkach wzrastających aż do 0,02. Niemal zawsze po naświetlaniach prom. Roentgena nawet duże pakiety gruczołowe, zwłaszcza w śródpiersiu, ginęły. Konsekwentnie nadal stosowane naświetlania mogą przedłużyć życie choremu o szereg lat.

——:o:——

B. E. PANKRATTIEW i W. W. POLITOW *Próba leczenia ropiejących ran hypertonicznymi roztworami siarczanu magnezu i sodu* (W. Kl. Woch. 1932, Nr. 52/53).

Leczenie ropiejących ran stanowi jedno z najzawilszych zagadnień nowoczesnej chirurgji. Niedoskonałość dotychczasowych metod zmusza do ciągłego szukania nowych dróg celem znalezienia najprostszej i najlepszej metody leczniczej. Wyrazem tych dążeń jest cały szereg nowych środków: wakcynoterapja, leczenie antivirusem Besredki, roztwory antyseptyczne rivanolu, chloraminy, płynu Dakina. Autorzy poczynili próbę zastosowania roztworów hypertonicznych siarczanu sodu i magnezu. Opierali się oni na badaniach Wrigth'a, który

jest zdania, że działanie roztworów hypertonicznych soli polega na przemywaniu ścian rany limfą, przechodzącą na skutek osmozy: limfa ta posiada dużą własność bakterjobójczą. Wright już oddawna stosuje roztwory soli kuchennej w leczeniu ropiejących ran. W 1918 r. Meltzer poraz pierwszy z dobrym wynikiem zastosował 25% roztwór $MgSO_4$. Jukow doświadczalnie badał wpływ różnych soli na gojenie się ran i ustalił następujący łańcuch: Magn. citr. — $MgSO_4$ — $CaCl_2$ Na_2SO_4 — NaCl. Celem potwierdzenia badań Jukowa autorzy od 1925 r. w przypadkach ropiejących ran stosowali roztwory hypertoniczne soli; z podanego łańcucha soli wybrali najsilniej działający siarczan magnezu i sodu. We wszelkiego rodzaju stanach zapalnych, zapaleniach sutków, czyrakach, ropieniach, ropowicach, zanokcicy i ropnych ranach 25% roztwór tych soli dawał nader pomyślne wyniki. Znikanie objawów podstawowych, cofanie się ogniska zapalnego, spadek ciepłoty w krótkim czasie do normy, lepsze i szybkie wytwarzanie się blizny cechowały ten sposób postępowania. Jeżeli chodzi o porównawcze działanie siarczanu magnezu i sodu, to pierwszeństwo należy przyznać magnezowi, gdyż dzięki działaniu narkotycznemu szybciej uspakaja bóle, opatrunki gazy przepojonej tymi roztworami zmieniali autorzy co 24 godziny, jedynie przy silnie ropiejących ranach i martwicy tkanek zmiana odbywała się co 12 godz.

——:o:——

H. CURSCHAMNN. *O dobrotliwej przewlekłej niedomodze tarczycy.* (Med. Klinik. 1932, Nr. 51)

Rozpoznanie tego schorzenia, określonego przez Hertoghe'a mianem „hypothyreoide benigne chronique" wymaga dokładnej obserwacji klinicznej, stałej kontroli przemiany materji, wagi, krwi oraz wnikliwego wejrzenia w psyche chorego. Wielokształtny ten zespół objawów starano się wtłoczyć w ramy pewnego schematu. Bolten dokonał następującego podziału postaci wczesnych myxödematów. A. Objawy pierwotne, bezpośrednie: 1. Zaburzenia wydzielnicze żołądkowo-jelitowe 2. Zaburzenia przemiany materji w postaci otyłości. 3. Objawy zatrucia na skutek niecałkowitego rozkładu przetworów przemiany a) zaburzenia nerwowe b) zaburz. psychiczne. B. Objawy wtórne, pośrednie, będące wyrazem słabszego napięcia nerwu współczulnego. 1. troficzne zab. skóry, włosów, paznogci. 2. ograniczony obrzęk skóry. Schemat ten nie uwzględnia całej gamy zmian zespołu, zwraca jednak uwagę na jego wielostronność. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe nie odgrywają większej roli. Rentgenologicznie stwierdza się zwiotczenie mięśniówki i zwolnienie ruchów perystaltycznych. Sok żołądkowy często wykazuje podkwaśność wzgl. zupełny brak kwasu, achylji nigdy się nie stwierdza. Za-

burz.. motoryczne i wydzielnicze żołądka znikają po zastosowaniu thyreoidyny. Stałym objawem jest zaparcie, niekiedy będące główną przyczyną, skierowującego chorego do lekarza. W żadnym przypadku nie brak otyłości, uwarunkowanej w dużej mierze zatrzymaniem wody; świadczy o tem szybki spadek wagi, przebiegający ze wzmożoną diurezą po podaniu thyreoidyny. Otyłość może występować okresowo, może rozwinąć się szybko, bądź występować powoli i stale się utrzymywać. Niejednokrotnie otyłość tego typu uwydatnia się po zakończonym okresie pokwitania. Obniżenie przemiany podstawowej jest zasadniczem znamieniem schorzenia; wynosi ono 10 — 15%, wyjątkowo rzadko dochodzi do 34%. W niektórych przypadkach przemiana podstawowa wykazuje wartości normalne. Postaci te zdaniem Grafego są wyrazem rozszczepionego zaburzenia wewnątrzwydzielniczego tarczycy. Działanie specyficzno-dynamiczne białka wykazuje wartości prawidłowe; pozwala to niekiedy odróżnić zespół Hertogheg'a od choroby Fröhlicha, w kt. zawsze specyf.-dynamiczne działanie białka jest obniżone. W niekt. przypadkach przewlekłej niedomogi tarczycy wysuwają się na plan pierwszy objawy niedomogi płciowej (oziębłość, zaburzenia w miesiączkowaniu, brak wtórnych cech płciowych), często towarzyszącej zespołowi Hertoghe'a.

Zaburzenia psychiczne występują w postaci miernego ograniczenia sfery intelektualnej i afektywnej. Zmiany w skórze występują dość często pod postacią uporczywej, łojotokowej ekzemy, dermatitis pustulosa, licznych owrzodzeń goleni, rybiej łuski i hyperkeratozy dłoni.

Wszystkie te objawy skórne ustępują szybko po thyreoidynie. Ograniczony obrzęk skóry rzadko występuje w postaci oedema circumscriptum Quincke, częściej jako rozlany, przelotny obrzęk twarzy, rąk i ramion. Pozatem często spotyka się zmiany zębów, paznogci i włosów. W obrębie narządu krążenia stwierdza się najczęściej następujące odchylenia od normy: miernego stopnia rozstrzeń serca w obrazie rentgenologicznym; zmian elektrokardjograficznych w postaci braku załamka P i T autor nie spostrzegał nigdy. Badanie krwi nie wykazuje większych zmian poza mierną niedokrwistością wtórną; nigdy nie stwierdza się objawów skazy krwotocznej. Ilość przypadków tego scho-

rzenia znacznie zwiększyła się podczas wojny europejskiej i w pierwszych latach po wojnie, co nie jest bynajmniej dziełem przypadku. Należy przypuszczać, co zresztą zostało potwierdzone doświadczalnie, że niedostateczne odżywianie w latach wojny, zmniejszyć musiało zawartość tyroksyny zawierającej jako część składową tryptofan, a tem samem przyczynić się do zwiększenia przypadków hypotyreozy.

Poza niedostatecznem odżywianiem w etiologji tego schorzenia wybitną rolę odgrywają czynniki konstytucjonalne, często wśród krewnych stwierdza się chorobę Basedow'a, otyłość, obecność strumatów i t. d. Uszkodzenia tarczycy bądź w postaci strumektomji, bądź napromieniowania w przebiegu choroby Basedow'a, bądź też zapalenia tarczycy dość często prowadzą do obrazu klinicznego dobrotliwej niedomogi tarczycy. Djagnostyka różnicowa obejmuje schorzenia nerek, niedokrwistość złośliwą, neurozy klimakteryczne, otyłości pochodzenia wewnątrzwydzielniczego. Określenie przemiany podstawowej i specyf.-dynamicznego działania białka w większości przypadków umożliwia ustalenie rozpoznania. Leczenie polega na ostrożnem podawaniu thyreoidyny. Nie należy więcej podawać niż 3 razy dziennie po 0,1, często wystarcza 1 — 2 razy po 0,1. Podobnie jak przy myxödemacie thyreoidynę należy w zmiennych dawkach stosować miesiące, a nawet lata. Wszelkie inne środki lecznicze i zabiegi są zbyteczne.

——:o:——

O. HOCHE *Wyniki i niepowodzenia po przetaczaniu krwi w stanach septycznych.* (W. Kl. Woch. 1933, Nr. 21)

Obraz kliniczny zakażenia krwi należy i teraz także, mimo znacznych postępów wiedzy lekarskiej, do zjawisk zatrważających. Autor zdaje sobie sprawę z wielostronności zagadnień leczniczych stanów septycznych, ogranicza się tylko do omówienia spraw następujących: 1° czy przetaczanie krwi w stanie septycznym może mieć wpływ dodatni na ustrój i 2° jak wytłumaczyć dobre wyniki w pewnych przypadkach, brak zaś wyników w innych. Sprawa stosowania przetaczań krwi w st. septycznych nie jest dotąd jeszcze uzgodniona; podczas gdy Straus, Bergmeister i Wlados podają liczne przypadki, w których po transfuzji uzyskali znaczną poprawę, inni odrzucają tę metodę leczniczą jako bezwartościową. Dokładne statystyki klinik austrjackich podają śmiertelność w stanach septycznych po transfuzjach dość dużą, wahającą się od 50 — 80%. Własna statystyka autora również jest dość wysoka; śmiertelność wynosi przeciętnie koło 60%. Pomimo tak znacznej śmiertelności autor jest zdania, że cały szereg straconych przypadków zakażenia krwi po zastosowaniu przetaczania wykazuje wybitną poprawę.

Uprawnia to do stosowania w każdym przypadku tak ciężkiego schorzenia, jakiem jest stan septyczny, przetaczania krwi, przyczem lepszych wyników należy się spodziewać w przypadkach przewlekłych, niż w ostrych.

Bürkle de la Camp uzależnia wynik transfuzji od następujących momentów: 1. przetoczenia świeżej krwi, przyczem ciałka czerwone jako przenosiciele tlenu odgrywają poważną rolę. 2. od terapji bodźcowej, jaką stanowi transfuzja. Wyjaśnienie to nie tłumaczy jednak wyników negatywnych. Autor na zasadzie własnych badań przekonał się, że po transfuzji w surowicy odbiorcy zwiększa się ilość przeciwciał. Wnosi on stąd, że jeżeli ustrój chorego jest w stanie zareagować na przetaczanie krwi zwiększeniem ilości przeciwciał, należy się spodziewać pomyślnego wyniku. Niemożność zaś wytwarzania odpowiedniej ilości przeciwciał jest wyrazem tak znacznego wyczerpania ustroju w walce z zakażeniem, że o poprawie nie może być mowy.

——:o:——

G. LOMNITZ. *W sprawie techniki przetaczania krwi* . (D. M. Woch. Nr. 50, 1932 r.)

W literaturze lekarskiej ciągle opisywane są nowe aparaty do transfuzji krwi. Przeznaczone bądź do przetaczania krwi bezpośrednio pobranej od dawcy bądź niekrzepnącej na skutek dodania cytrynianu, są one bardzo skomplikowane i już ich mnogość świadczy o wadach każdego z nich. Autor podaje prostą metodę transfuzji, jaką stosuje na swoim oddziale; nie wymaga ona żadnej specjalnej aparatury i jest dostępną dla każdego lekarza praktyka. Autor od 5 lat przetacza zwykle krew z domieszką cytrynianu sodu, nigdy nie obserwował żadnych ujemnych skutków. Krzepliwość krwi odbiorcy mimo domieszki cytrynianu zachowywała się prawidłowo. Technika: dawcy wykonywa się krwioupust, krew zbiera się w jałowej kolbce Erlenmeyer'a, którą uprzednio przechowuje się w ciepłej wodzie o temperaturze ciała, do krwi dodaje się następnie 5% cytrynianu sodu w stosunku 1 na 10 części krwi, przyczem podczas wlewania krew należy mieszać. Otrzymaną w ten sposób krew dawcy wlewa się przez lejek, zaopatrzony w jałowy filtr przepojony roztworem cytrynianu celem zatrzymania ewentualnych drobnych skrzepów krwi do cylindra, przemytego uprzednio cytrynianem sodu o ciepłocie ciała. Przymocowany do cylindra wąż gumowy i przeznaczoną dla odbiorcy igłą również należy przemyć roztworem cytrynianu. Po wypełnieniu cylindra krwią należy zwrócić uwagę, ażeby nie znajdywało się w nim powietrze. Podczas przetaczania należy obłożyć cylinder ciepłemi chustkami, aby krew w nim zawarta

utrzymywała ciepłotę równą ciepłocie ciała. Przy pomocy tej techniki w ciągu 15 — 20 minut od wykonania krwioupustu można przetoczyć 500 cm^3 krwi Wyniki autora przy stosowaniu tej metody są zupełnie zadowalające.

——:o:——

„DOŚWIADCZENIA Z NOWYMI I DAWNYMI ŚRODKAMI NASENNYMI“ przez Prof. *L. Dreyfuss,* z Frankfurtu n. M. (Klinische Wochenschrift, Nr. 51).

„Bromural, stosowany najczęściej w dawkach po 0,3, jako środek uspakajający poczytywać należy za środek nasenny, niezawodnie działający w dawkach 0,6 — 0,9 przy lekkiej bezsenności i zwykle bez jakichkolwiek działań ubocznych. Jest on szczególnie skuteczny przy utrudnionem zasypianiu wskutek ogólnego podrażnienia nerwowego.

Dla osiągnięcia skutecznego jego działania, należy zażywać Bromural bezpośrednio przed zaśnięciem w rozczynie wodnym.“

——:o:——

PERKAINA W OKULISTYCE JAKO ŚRODEK DO ZNIECZULANIA POWIERZCHNIOWEGO.

Klinika oczna w Zurychu (Dyrektor Prof. Dr. A. Vogt)
Zeitschrift für Augenheilkunde tom 76, Nr. 3, str. 157-160, 1932.

Dr. Paul Wiesli 1-szy asystent kliniki. — Stwierdzony na zwierzętach fakt, że Perkaina działa 10—15 razy silniej od kokainy na oko królika, skłonił autora do rozpoczęcia prób na oku ludzkiem. Z początku robiono doświadczenia na oku królika i zwracano szczególną uwagę na występowanie zmian na rogówce. Wykazano, że 1 pro mille roztwór Perkainy odpowiada pod względem intensywności i szybkości znieczulenia 3%-mu roztworowi kokainy. Perkaina działa dłużej od kokainy; przy powyższej koncentracji nie stwierdzono żadnych zaburzeń, ani też nie spostrzegano rozszerzenia źrenic. Dla skompensowania lekkiego rozszerzenia naczyń dodano do roztworu adrenalinę, a mianowicie 20 kropli na 100 ccm. Preparat nawet w roztworze jest bardzo trwały i nie wykazał po szeregu miesięcy i przy częstem wygotowywaniu żadnych zmian.

Następnie używano Perkainy na poliklinice do znieczulania oka ludzkiego, a to głównie w celu usuwania obcych ciał na rogówce. Wkraplano 2—4 razy 1 pro mille roztwór Perkainy; działanie było we wszystkich wypadkach bardzo dobre. Wskutek długotrwałego dzia-

łania Perkainy odpadało przeważnie zawsze przykre uczucie swędzenia, występujące zwykle przy kokainie. Autor przeprowadził osobiście 100 zabiegów na rogówce. Następnie używał Perkainy przy zapaleniach rogówki, a w 5 wypadkach przy sondowaniu kanałów nosowo-łzowych. W 16 wypadkach usuwania stwardniałego jęczmyka (chalazion) znieczulano powiekę ½—1 pro mille roztworem Perkainy, przytem rezultat był bardzo dobry. Następnie stosowano znieczulenie nasiękowe 1 pro mille roztworem Perkainy przy operacjach zeza, podwinięciu powieki i wycięciu kawałka tęczówki, wskutek jaskry. Perkaina w roztworze 1 pro mille okazała się w okulistyce doskonałym preparatem, posiadającym w porównaniu z kokainą dłuższy czas działania, nie wywołującym żadnych zmian na rogówce, a nawet w wypadkach jaskry można stosować Perkainę bez zastrzeżeń.

—:o:—

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

M. Sternberg poleca do miejscowego leczenia ostrych spraw gośćcowych maść salicylowo-terpentynową o następującym składzie:

Rp. Acidi salicylici 0,5
Olei Terebinthin. rectif. 3,0
Paraffini
Cerae albae aa 5,0
Olei olivarum 35,0

—:o:—

Ze spostrzeżeń klinicznych wynika, że przy uporczywej czkawce (singultus) często niezłe wyniki daje chloralhydrat skojarzony z paraldehydem:

Rp. Chloral hydrati
Paraldehydi aa 10,0
Mucilag. gummi arab. 50,0
Aquae destillatae 300,0
D. S. Po łyżce stołowej 3—4 razy dziennie.

—:o:—